Münster 1936 No 207 Med DiSS

Aus der Sozialhygienischen Abteilung des Hygienischen Institutes der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster i. Westf.
(Direktor: Professor Dr. K. W. Jötten)

Die zahnärztliche Versorgung des Freistaates Bayern

unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen der öffentlichen Fürsorge

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster i. Westf.
vorgelegt von

Alfred Rudolph
prakt. Zahnarzt
aus
Münster i. Westf.

1936

Druck: Heinrich Buschmann, Münster i. W., Drubbel

Dekan: Prof. Dr. K. W. Jötten
Referent: Prof. Dr. K. W. Jötten

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms Universität Münster Westf.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547221_0067

Die zahnärztliche Versorgung des Freistaates Bayern unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen der öffentlichen Fürsorge.

Als zu Beginn des Jahres 1933 der Nationalsozialismus Träger des Staates und der Führung des Reiches wurde, brach sich mit der Verbreitung des nationalsozialistischen Gedankengutes die eine Ueberzeugung Bahn, daß man zu Beginn jeglicher Aufbauarbeit an Volk und Staat umfassende Maßnahmen zur Hebung der Volksgesundheit und damit der Kraft und Leistungsfähigkeit des Staates treffen müsse. Manches Gesetz zur Gesundung des Volkes ist erlassen, das dem Oberflächlichen zu hart erschien; manche Dinge hat man bei diesen Maßnahmen in Erwägung gezogen, die von vielen Menschen als nebensächlich und geringfügig abgetan werden. Der neue Staat will mit allen nur möglichen Mitteln die öffentliche Gesundheitspflege fördern und die Gesundung des Volkskörpers herbeiführen. Als wirksamstes Mittel hat sich dabei immer erwiesen, vorbeugende Maßnahmen zu ergreifen. Es ist vor allem wichtig, daß man dem Volke die scheinbar geringfügigen Schäden und Krankheiten mit allen ihren großen, schweren Folgeerscheinungen klar und wirksam vor Augen führt, um es so gewaltsam aus der Nachlässigkeit und Oberflächlichkeit herauszureißen. Immer wieder muß schon der junge Mensch dazu angehalten und erzogen werden, sich alles zur Gewohnheit zu machen, was irgendwie zur Verhütung auch nur der geringsten Erkrankung beitragen kann. —

Eingehende Studien haben die medizinische Wissenschaft zu der Erkenntnis gebracht, daß der Organismus des menschlichen Körpers allzu oft bei Erkrankungen des Mundes und des Zahnsystems schwer in Mitleidenschaft gezogen wird, selbst dann, wenn die Erkrankung des Mundes und des Zahnsystems verhältnismäßig geringer Natur ist. Der Zahnheilkunde wird deshalb in neuerer und neuester Zeit große, allerdings auch sehr notwendige Bedeutung beigemessen, weil man in der Gesunderhaltung des Mundes und der Kauwerkzeuge eine Voraussetzung für den gesunden Menschen und damit für ein gesundes, leistungsfähiges Volk schaffen will.

Zur Zeit werden umfassende statistische Untersuchungen angestellt, um zu erfahren, in welchem Umfange im Reich zahnfürsorgerische Tätigkeit aufgenommen worden ist.

In Nachstehendem werden die Ergebnisse dieser Untersuchungen im Staate Bayern zusammengestellt.

Bevor mit der eigentlichen Aufstellung und Bearbeitung der Ergebnisse begonnen wird, ist es angebracht, die geographischen und die bevölkerungs- und wirtschaftspolitischen Verhältnisse Bayerns zu umreißen.

Bayern umfaßt das deutsche Alpengebiet und das deutsche Alpenvorland, das sich zwischen Bodensee, Donau, Böhmerwald und Alpen erstreckt, dazu die Oberpfalz und das Frankenland, zusammen 75 000 qkm mit 7½ Millionen Einwohnern. Diese geographische Lage bedingt naturgemäß eine große Verschiedenheit im landschaftlichen Gepräge und in kulturellen und wirtschaftlichen Verhältnissen.

Die Oberpfalz oder die Nabmulde ist eine von wellenförmigen Hügelreihen durchzogene Hochfläche. Weite Moorgebiete wechseln mit sandigen und steinigen Gebieten. Dazu kommt ein rauhes Klima. So bildet die Oberpfalz eine wenig fruchtbare und spärlich besiedelte Landschaft.

Das Klima des Frankenlandes ist wesentlich milder und die wirtschaftliche Ausnutzung des Bodens leichter. Besonders Unterfranken weist eine vielseitige Fruchtbarkeit und Ausnutzung des Bodens auf. Getreide, Wein, Obst und Gemüse werden reichlich geerntet. Salz- und Eisenlager geben Arbeit und Erwerb. Mineralquellen ließen Bade- und Kurorte erstehen.

Mittelfrankens Erwerb ist vornehmlich die Landwirtschaft. Zahlreiche Kleinsiedlungen, reizvolle Dörfer und alte Marktflekken geben der Landschaft das Gepräge.

Das Alpenvorland mit seinem rauhen, kühlen Klima und seiner großen Feuchtigkeit ist sehr unwirtschaftlich. Am Fuße der Alpen bildet die Holzwirtschaft den Erwerb der Bayern, weiter nordwärts die Viehzucht und der Torfbau. Der Ackerbau findet erst in Niederbayern beachtliche Ausdehnung. Bodenschätze werden nur unbedeutend abgebaut.

Wie weit den Bewohnern Bayerns Zahnbehandler (Zahnärzte (ZAe) und nichtapprobierte Behandler (NA) zur Verfügung stehen, zeigen folgende Tabellen in Zahlen und Vergleichen.

Tabelle 1.

Jahr	Zahl der Einwohner	Anzahl der		Es kommt		
		Zahnärzte	Nicht-Approb.	1 Zahnarzt auf Einwohner	1 Nichtapprob. a. Einwohner	1 Gesamtbehandler a. Einwohner
1914	6 554 372	334	570	19 623	8 978	6 160
1922	6 834 236	472	841	14458	8 126	5 205
1927	7 379 594	894	1 146	8 218	6 439	3 606
1932	7 474 000	1 042	1 464	7 172	4 558	2 982

Wir sehen, daß die Zahl der Zahnärzte hinter der der nichtapprobierten Behandler in dem Jahre 1914, also vor Beginn des großen Krieges, sowie in allen anderen Stichjahren, auch noch im Jahre 1932 weit zurückblieb. Während nach dem Kriege die Zahl der NA sich ungefähr um die Hälfte vergrößerte, wuchs die Zahl der ZAe nur etwa um ein Drittel. Bis zum Jahre 1927 wuchs die Zahl der Zahnärzte im Verhältnis zu der Zahl der NA mehr, blieb bis zum Jahre 1932 im Anwachsen wieder etwas zurück und gab so der Zahl der NA im Jahre 1932 eine Ueberlegenheit von 422. (ZAe. 1042, NA 1464).

Die prozentuale Berechnung der Zahl der ZAe ergibt, wenn man das Jahr 1914 als 100 annimmt:

1914 = 100
1922 = 142
1927 = 267
1932 = 312

Das Verhältnis der Gesamteinwohnerzahl zur Anzahl der ZAe ergibt im Jahre 1932 ein wesentlich günstigeres Bild als in der Vorkriegszeit:

1914: 1 Zahnarzt auf 19 623 Einw.
1922: 1 „ „ 14 458 „
1927: 1 „ „ 8 218 „
1932: 1 „ „ 7 142 „

Vom Jahre 1914—1932 hat sich die Zahl der Einwohner, die auf einen Zahnarzt kommen, ganz beträchtlich vermindert. In der gleichen Zeit sank die Zahl der Einwohner, die auf 1 NA kam, kaum um die Hälfte:

1914: 1 NA auf 8 978 Einw.
1922: 1 NA „ 8 126 „
1927: 1 NA „ 6 439 „
1932: 1 NA „ 4 558 „

Eine Aufstellung der ZAe und NA auf die Gesamtbevölkerungszahl umgerechnet, ergibt folgendes Bild:

1914: 1 Zahnbehandler auf 6 160 Einw.
1922: 1 „ „ 5 205 „
1927: 1 „ „ 3 606 „
1932: 1 „ „ 2 982 „

Diese Aufstellungen und die Tabelle II lassen erkennen, daß die Versorgung der bayrischen Bevölkerung durch Zahnärzte geringer ist als die Versorgung durch NA.

Es kommen in Bayern auf 1000 Einwohner:

Jahr	Zahnärzte	Nichtapprobierte	Gesamtbehandler
1914	0,050	0,086	0,13
1922	0,069	0,123	0,19
1927	0,129	0,155	0,27
1932	0,139	0,19	0,335

Bei der Betrachtung folgender Tabellen kann noch ein sozialhygienischer Fortschritt festgestellt werden. Die Tabellen sollen zeigen, wie sich auf die verschiedenen Stadtkategorien Zahnärzte, Nichtapprobierte und Gesamtzahnbehandler verteilen. Vergleichshalber sind bei diesen Untersuchungen die Jahre als Stichjahre herausgenommen, die auch bei den vorhergehenden Untersuchungen gewählt waren.

Siehe Tabellen IIIa, b, c und d.

Sehen wir die Tabellen IIIa—d durch, so machen wir die Feststellung, daß in Städten mit mehr als 300 000 Einwohnern die Zahl der Einwohner, die auf einen Zahnbehandler kommt, in der Vorkriegszeit 1 951 beträgt, sich nach dem Kriege auf 1 565 ver-

Tabelle III a (1914).

Zahl der Einwohner	Zahl der Städte und Orte	Gesamteinwohner	Zahl der Zahnärzte	Zahl der Nichtapprob.	Zahl der Ges.Behandl.	Es kommt: 1 Zahnarzt auf Einwohner	Es kommt: 1 Nichtapprob. Einwohner	Es kommt: 1 Gesamt-Behandler
über 300 000	2	909 000	180	237	417	5 050	3 835	1 951
150—300 000	—	—	—	—	—	—	—	—
75—150 000	3	289 000	43	47	90	6 720	6 148	3 211
30— 75 000	7	324 000	30	74	104	10 800	4 378	3 115
20— 30 000	10	229 000	25	55	80	9 160	4 163	2 737
10— 20 000	14	209 800	20	53	73	10 490	3 958	2 875
5— 10 000	44	285 277	26	94	120	10 964	3 034	2 377
3— 5 000	4	17 137	7	6	13	2 448	2 856	1 318
1— 3 000	4	9 360	4	4	8	2 340	2 340	1 170
Summen und Mittelwerte	78	2 268 574	335	570	905	7 246	3 839	2 343

Tabelle IIIb (1922).

Zahl der Einwohner	Zahl der Städte u. Orte	Gesamteinwohner	Zahl der Zahnärzte	Zahl der Nicht-Approb.	Zahl der Ges. Beh.	Es kommt: 1 Zahnarzt a. Einwohner	Es kommt: 1 Nichtapprobierter a. Einw.	Es kommt: 1 Gesamt-Behandler a. Einw.
über 300 000	2	968 929	231	388	619	4 194	2 497	1 556
150—300 000	2	310 837	40	41	81	7 770	7 580	3 885
75—150 000	1	83 301	6	22	28	13 883	3 786	2 975
30— 75 000	7	336 726	36	71	107	9 353	4 742	3 146
20— 30 000	12	283 310	49	73	122	5 780	3 880	2 322
10— 20 000	15	222 210	27	67	94	8 230	3 465	2 363
5— 10 000	52	343 976	46	127	173	7 260	2 708	1 988
3— 5 000	16	61 070	18	38	56	3 393	1 607	1 092
1— 3 000	19	41 104	19	14	33	2 163	2 936	1 245
Summen u. Mittelwerte	126	2 655 263	472	841	1 313	6 891	3 689	2 286

Tabelle III c (1927).

Zahl der Einwohner	Zahl der Städte u. Orte	Gesamteinwohner	Zahl der Zahnärzte	Zahl der Nicht-Approb.	Zahl der Ges. Beh.	Es kommt		
						1 Zahnarzt a. Einwohner	1 Nichtapprobierter a. Einw.	1 Gesamt-Behandler a. Einw.
über 300 000	2	985 000	374	396	770	2 633	2 487	1 279
150—300 000	1	167 000	24	40	64	6 958	4 170	2 609
75—150 000	3	275 000	64	55	119	4 296	5 000	2 310
30— 75 000	8	351 433	68	94	162	5 168	3 728	2 169
20— 30 000	12	289 615	69	88	157	4 197	3 266	1 844
10— 20 000	14	192 879	50	96	146	3 850	2 008	1 321
5— 10 000	56	392 764	83	159	242	4 732	2 470	1 622
3— 5 000	55	214 408	72	142	214	2 971	1 509	1 001
1— 3 000	88	174 317	90	76	166	1 934	2 992	1 050
Summen und Mittelwerte	239	3 042 412	894	1 146	2 040	4 082	2 992	1 689

Tabelle III d (1932)

Zahl der Einwohner	Zahl der Städte u. Orte	Gesamteinwohner	Zahl der Zahnärzte	Zahl der Nicht-Approb.	Zahl der Ges. Beh	Es kommt		
						1 Zahnarzt a. Einwohner	1 Nichtapprobierter a. Einw.	1 Gesamt-Behandler a Einw.
über 300 000	2	1 150 000	393	526	919	2 926	2 186	1 251
150—300 000	1	170 000	28	60	88	6 071	2 833	1 932
75—150 000	4	365 122	97	115	212	3 764	3 175	1 722
30— 75 000	9	376 048	82	113	195	4 588	3 329	1 929
20— 30 000	11	268 950	72	93	165	3 735	2 795	1 630
10— 20 000	14	202 237	49	81	130	4 127	2 496	1 555
5— 10 000	61	412 294	123	203	326	3 352	2 031	1 264
3— 5 000	64	326 803	77	142	219	4 218	2 301	1 492
1— 3 000	109	218 917	121	131	252	1 809	1 678	868
Summen und Mittelwerte	275	3 490 371	1 042	1 464	2 506	3 843	2 536	1 516

ringert und bis zum Jahre 1927 bis auf 1 279 sinkt, dann einen merklichen Stillstand erfährt, denn bis zum Jahre 1932 ist sie nur um 28 geringer geworden.

Stand der zahnärztlichen Versorgung in Städten mit mehr als 300 000 Einwohnern:

Es kamen auf einen Zahnbehandler:

Jahr	Einwohner
1914	1 951
1922	1 565
1927	1 279
1932	1 251

Entnehmen wir nun als Gegenstück den Tabellen die Ortschaften mit 1—3 000 Einwohnern, so sehen wir, daß die Versorgung der kleinen Dörfer und Marktflecken bereits vor dem Kriege günstiger stand als die in den eben erwähnten Städten mit mehr als 300 000 Einwohnern. Die Versorgung erfuhr allerdings nach dem Kriege einen kleinen Rückschlag, entwickelte sich dann aber zu einem verhältnismäßig günstigen Stand.

Stand der zahnärztlichen Versorgung in Ortschaften und Marktflecken von 1—3 000 Einwohnern:

Es kamen auf einen Zahnbehandler:

Jahr	Einwohner
1914	1 170
1922	1 245
1927	1 050
1932	868

Die geringste Versorgung hatten vor und nach dem Kriege die Städte mit 10 000—300 000 Einwohnern. Die Ortschaften mit 3—5 000 Einwohnern gingen in ihrer Versorgung von 1927—1932 sogar zurück, nachdem sie bis 1927 eine günstige Entwicklung verzeichnen konnten.

Stand der Versorgung mit Zahnbehandlern in Ortschaften mit 3—5 000 Einwohnern:

Es kamen auf einen Zahnbehandler:

Jahr	Einwohner
1914	1 318
1922	1 092
1927	1 001
1932	1 492

Vergleichen wir nun in den einzelnen Stadtkategorien und Jahren die Versorgung durch Zahnärzte mit der durch Nichtap-

probierte. In den kleineren Ortschaften mit 1—3 000 Einwohnern stand die Versorgung vor dem Kriege am günstigsten von allen Ortschaften und Stadtkategorien und war gleich der Versorgung durch Nichtapprobierte. Nach dem Kriege entwickelte sich die Versorgung durch Zahnärzte ziemlich gleichmäßig aufwärts, während die Versorgung durch Nichtapprobierte nach dem Kriege nachließ, sich aber in der Zeit von 1927—1932 schneller entwikkelte und 1932 bereits die Versorgung durch ZAe überflügelte. Zum Vergleich noch nachstehende Tabelle:

Es kamen: im Jahre	auf 1 ZA Einwohner	auf 1 NA Einwohner
1914	2 340	2 340
1922	2 163	2 936
1927	1 934	2 292
1932	1 809	1 678

Der Vergleich der Versorgung durch ZAe mit der Versorgung durch NA in den Ortschaften mit 3—5 000 Einwohnern zeigt einen wechselnden, einmal steigenden, einmal fallenden Stand.

Es kamen: im Jahre	auf 1 ZA Einwohner	auf 1 NA Einwohner
1914	2 448	2 856
1922	3 393	1 607
1927	2 971	1 509
1932	4 218	2 301

Die Versorgung der Städte über 300 000 Einwohner durch ZAe hatte bereits vor dem Kriege im Gesamtbild einen günstigen Stand, entwickelte sich stark aufwärts, ging aber von 1927—1932 wieder ein wenig zurück. Die Versorgung durch NA wurde von 1914—1932 immer günstiger. Vergleichen wir auch jetzt die Versorgung durch ZAe mit der durch NA in den Städten mit mehr als 300 000 Einwohnern.

Es kamen: im Jahre	auf 1 ZA Einwohner	auf 1 NA Einwohner
1914	5 050	3 835
1922	4 194	2 497
1927	2 633	2 487
1932	2 926	2 186

Nehmen wir noch ein Beispiel heraus, und zwar die Städte mit 75—150 000 Einwohnern. Ihre Versorgung durch NA hatte vor dem Kriege fast den schlechtesten Stand aller Stadtkategorien, entwickelte sich dann zwar aufwärts, nahm aber im Jahre

1932 immer noch einen der letzten Plätze ein. Die Zahl der Zahnärzte fiel durch außergewöhnlichen Rückgang in den Jahren von 1914—1932 auf, überholte bis 1927 aber sogar die Zahl der Nichtapprobierten um 704 und blieb bis zum Jahre 1932 wieder ein wenig hinter der Zahl der Nichtapprobierten zurück.

Städte mit 75—150 000 Einwohnern:

Es kamen: im Jahre	auf 1 ZA Einwohner	auf 1 NA Einwohner
1914	6 720	6 148
1922	13 883	3 786
1927	4 296	5 000
1932	3 764	3 175

Die Versorgung der mittleren Stadtkategorien stand im Gesamtbild bedeutend schlechter als die der größten Städte und kleinsten Ortschaften. Sie entwickelte sich aber bis zum Jahre 1932 günstig, unbedeutende Abweichungen ausgenommen. Die Versorgung durch ZAe stand hinter der durch NA weit zurück.

Die nächste Tabelle zeigt den Stand aller Stadtkategorien im Jahre 1932, und daß die Versorgung durch ZAe und die Gesamtversorgung in den kleinsten Ortschaften und größten Städten am günstigsten ist.

Es kommen auf einen Zahnbehandler:

bei einer Einwohnerzahl von	Einwohner
1— 3 000	868
3— 5 000	1 492
5— 10 000	1 264
10— 20 000	1 555
20— 30 000	1 630
30— 75 000	1 929
75—150 000	1 722
150—300 000	1 932
über 300 000	1 251

Man sieht, daß heute infolge dieser Entwicklung vor allem auch die ländlichen Kreise ebenso wie die großen Städte zahnpflegerisch versorgt sind. Dieser Fortschritt ist im Interesse der Volksgesundheit sehr zu begrüßen. Die Tabellen zeigen ferner, daß gerade in diesen Kreisen die zahnärztliche Versorgung einen Vergleich mit der Versorgung durch NA-Behandler in etwa erträgt. In den übrigen Stadtkategorien bleibt allerdings die zahnärztliche Versorgung hinter der durch NA zurück.

Die prozentuale Verteilung der ZAe undNA und der Gesamtbehandler sei noch kurz erläutert.

Siehe Tabelle IV.

Tabelle IV.

Zahl der Einwohner	Zahnärzte (in %)				Nicht-Approbierte (in %)				Gesamt-Behandler in %)			
	1914	1922	1927	1932	1914	1922	1927	1932	1914	1922	1927	1932
über 300 000	54,0	46,2	37,4	37,3	42,9	38,8	31,6	31,5	41,3	43,3	30,8	24,5
150—300 000	—	9,0	2,4	2,5	—	4,1	3,2	4,8	—	5,6	2,5	4,6
75—150 000	12,9	3,8	6,4	8,7	8,9	2,2	6,4	7,3	1,0	1,7	4,7	8,3
30— 75 000	9,0	8,2	6,8	7,3	12,5	7,1	8,5	8,7	10,4	7,4	6,4	7,8
20— 30 000	7,5	9,8	6,0	6,4	9,3	7,3	9,2	7,5	8,0	8,5	6,2	6,9
10— 20 000	6,0	5,4	5,0	4,4	9,0	6,7	8,8	5,8	7,3	6,5	5,7	5,9
5— 10 000	7,8	9,2	8,3	11,0	15,9	12,7	12,7	14,1	12,0	13,1	9,6	12,7
3— 5 000	2,1	4,6	7,2	6,9	2,0	3,8	11,3	9,5	1,3	3,9	8,5	8,8
1— 3 000	1,2	3,8	9,0	10,8	0,6	1,4	7,5	10,8	0,8	2,5	6,4	8,5

Diese Tabelle zeigt, wie bei der Mehrversorgung der kleinen Städte auch ihr prozentualer Anteil an der Zahl der Zahnbehandler wächst. So entfielen z. B. auf die Orte mit 1—3 000 Einwohnern vor dem Kriege 1,2 % der Zahnärzte, 0,6 % der Nichtapprobierten, 0,8 % der Gesamtbehandler.

Zum Vergleich sei hier die prozentuale Beteiligung der Städte mit mehr als 300 000 Einwohnern angegeben: (1914): 54 % der ZAe, 42,9 % der NA und 41,7 % der Zahnbehandler überhaupt. Nach dem Kriege wuchs der Anteil der kleinen Orte von 1—3 000 Einwohnern auf 10,8 % der ZAe, 10,8 % NA und 8,5 % der Gesamtbehandler.

Die Zahl der zahnpflegerisch versorgten Einwohner wuchs zwischen 1914 und 1932 um ein Drittel. Die Zahl der beteiligten Städte und Orte aber vervierfachte sich fast. Auch hieraus ist ersichtlich, daß heute auch die kleinen Städte und Ortschaften zahnpflegerisch gut versorgt werden. Daß dies ein großer Fortschritt ist, — den Stand der Volksgesundheit Bayerns betreffend — wurde bereits erwähnt und dürfte jetzt wohl außer Zweifel stehen.

Tabelle V.

Jahr	Es waren versorgt Einwohner	In wievel Städten und Orten	in % ausgedrückt
1914	2 268 574	78	100
1922	2 655 263	126	142
1927	3 042 412	239	267
1932	3 490 371	275	312

Schulzahnpflege.

Da die öffentliche Zahnfürsorge nicht nur die Ausbesserung der vorhandenen Schäden erfassen, sondern auch vorbeugend arbeiten soll, muß sie vor allem dem Gebiß des Kindes größte Beachtung schenken. Aus der Erkenntnis, daß dem Kinde sowohl das Milch- als auch das bleibende Gebiß kaufähig erhalten werden muß, entstand der Gedanke der Untersuchung aller schulpflichtigen Kinder. Für die Erfassung aller Kinder ist die Schulzahnpflege von größter Bedeutung.

Da eine Schulzahnpflege vom Staat nicht festgelegt war, blieb es den Kreisen, Städten und Gemeinden selbst überlassen, ob und wieweit sie Schulzahnpflege einführten. So kam es natürlich zu Verschiedenheiten in den Behandlungsarten und -systemen, die sich im Laufe der Zeit in den einzelnen Kreisen oder Städten bildeten bzw. angewandt wurden.

Nach dem Mannheimer System wurden die Kinder in den Schulen erst vom 5. Schuljahr an untersucht und behandelt. Da die Kinder aber dann durchschnittlich schon 10—11 Jahre alt sind, sind Zahnerkrankungen meist schon vorhanden, nicht selten sogar vorgeschritten, sodaß das System mehr eine Behandlung zahnkranker Kinder als eine vorbeugende Maßnahme darstellte. Das Mannheimer System wurde dann dahingehend verbessert, daß die Schulkinder bereits vom 1. Schuljahr ab untersucht werden. In regelmäßiger halbjährlicher Untersuchung soll der Befund der Zähne dann weiterhin kontrolliert werden. Zur Behandlung selbst wurden die Kinder den praktischen Zahnärzten überwiesen. Trotzdem blieb der gewünschte Erfolg leider allzu oft aus; Grund: infolge fehlender Einsicht der Eltern oder schlechter wirtschaftlicher Verhältnisse wurde die Behandlung garnicht durchgeführt.

Das Frankfurter System bringt insofern eine Besserung, als es zur planmäßigen Behandlung die Kinder in hauptamtlich versorgten Zahnkliniken erfassen will. Da die Kinder aber auch hier erst vom 11. Schuljahr an untersucht werden, bleibt der große Nachteil, der schon beim Mannheimer System erwähnt wurde, daß damit kaum eine grundlegende Vorbeugungsmaßnahme getroffen ist.

Den besten Erfolg brachte das Bonner System. Es fand deshalb auch die größte Anerkennung und Inanspruchnahme. Nach diesem System werden die Schulkinder vom Eintrittsjahr bis zur Schulentlassung umfassend untersucht und behandelt. Eine halbjährliche Untersuchung der Schulkinder aller Jahrgänge bietet genügend Kontrolle. Die kleinsten Schäden werden sofort beim Eintreten beseitigt, sodaß es nicht mehr zu größeren Krankheiten, kaum aber zu Extractionen kommt. Daß durch die Behandlung und Vorbeugung nach diesem System ein großer Prozentsatz der Schulkinder mit einem gesunden, widerstandsfähigen Gebiß entlassen wird, bedeutet einen großen sozialhygienischen Erfolg.

Nach der Besprechung der Systeme tritt die Frage nach den Behandlungsstätten in den Vordergrund. In den mittleren und größeren Städten etwa bis zu 100 000 Einwohnern bringt die Zentralklinik insofern Vorteile, als sie wegen der Mittelpunktslage auch von den entlegenen Stadtteilen zu erreichen ist. Ist jedoch die Zentralklinik wegen der allzu großen Zahl der zu versorgenden Kinder oder wegen der zu großen Ausdehnung des Stadtgebietes nicht angebracht, so wird man am zweckmäßigsten die Stadt in mehrere Bezirke aufteilen und jedem Bezirk eine eigene Behandlungsstätte geben. Wenn die Möglichkeit bestände, die Behandlungsstätte in die Schule zu verlegen, so würden sich daraus große Vorteile ergeben. Einmal wird man durch eine Behandlung während der Schulzeit größeren Zwang ausüben können. Der Unterricht erfährt nicht so große Störungen, da z. B. auch der Weg von der Schule zur Behandlungsstätte und damit der Verlust kostbarer Zeit ausfällt. Die letztgenannte Art, wobei die Stadt in Bezirke aufgeteilt und mehrere Behandlungsstätten — etwa unter der Leitung der Zentralklinik — errichtet werden, nennt man dezentralisierte Schulzahnpflege. —

Grundsätzlich anders geartet ist die Schulzahnpflege in den Landkreisen und Gemeinden. Hierbei müssen vor allen Dingen auch Entfernungen und Verkehrsmöglichkeiten Berücksichtigung finden. Da zeigte Scherer (Dortmund) mit seinem Prinzip eine gute Möglichkeit. Die Wanderkliniken, die Scherer im Dortmunder Gebiet einführte, sind Wagen oder Autos, in die man die Zahnklinik eingebaut hat. Mit diesen fahrbaren Kliniken kann man planmäßig auch größere Landgebiete und kleine Gemeinden schulzahnpflegerisch erfassen. Leider ist auch die öffentliche Gesundheitsfürsorge von den oft schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen der Privatleute, der Gemeinden, Städte und Krankenkassen beeinträchtigt. Glücklicherweise ist bei den Gemeinden und Kassen, die zum größten Teil doch die Kosten für die Schulzahnpflege

tragen müssen, die Einsicht zur Notwendigkeit dieses Aufwandes vorhanden, sodaß Gemeinden und Kassen mancherorts Zuschüsse gewährten, zu denen sie durchaus nicht verpflichtet waren. Die Gemeinden sind in der Tat Hauptträger der Schulzahnpflege geworden, aber immer bleibt der Stand der Zahnfürsorge von der finanziellen Kraft der Gemeinden abhängig. Bei den Krankenkassen hat sich die Einsicht Bahn gebrochen, daß sie weit besser dabei fahren, wenn sie für die Schulzahnpflege freiwillig Zuschüsse leisten. Da die späteren Mitglieder der Kasse ja infolge der Zahnpflege in der Schulzeit meistens über ein gesundes Gebiß verfügen, nehmen sie die Kasse desto weniger in Anspruch. Vor allen Dingen kommen die Behandlungskosten für langwierige und schwere Erkrankungen, für Extractionen und als deren Folge notwendiger Ersatz viel seltener in Frage. Die Krankenkassen und Versicherungen zeigen sich deshalb häufig aus egoistischen Gründen schon gerade der Schulzahnpflege gegenüber sehr wohlwollend. Nun ist noch die finanzielle Leistung der Eltern zu erwähnen. Erklärlich ist, daß infolge allgemeiner Notlage die Eltern breiter Volkskreise nicht in der Lage sind, die Kosten für die Schulzahnpflege ihrer Kinder selber zu tragen. Wenn dann nicht die Gemeinden oder Wohlfahrtsämter einspringen, ist die Gefahr gegeben, daß so die Schulzahnpflege bzw. die erforderliche Behandlung ausbleibt. Der Führer des nationalsozialistischen Staates hat jedoch immer wieder die Bedeutung der Volksgesundheit und der sich daraus notwendig ergebenden Volksgesundheitspflege hervorgehoben. Alle behördlichen Dienststellen sind angewiesen, möglichst viele Mittel und Gelder bereitzustellen und zu bewilligen, wenn es um die Hebung der Volksgesundheit geht. Daß in Zukunft die Gemeinden, die — wie erwähnt — die Hauptträger der Schulzahnpflege sind, diese zur günstigen Beeinflussung des Volksgesundungsproblems mehr denn je ausbauen werden, dürfte somit heute keine unberechtigte Hoffnung sein. —

Wenden wir uns nun nach Erörterung der Systeme den Erhebungen über den Stand der Schulzahnpflege in Bayern zu.

Die durch Fragebögen eingezogenen Ergebnisse zeigten, daß die Schulzahnpflege in manchen Kreisen Bayerns einen recht erfreulichen Stand erreicht hat, und daß sie andererseits mancherorts gänzlich fehlt oder oft entgegen den Möglichkeiten nur mangelhaft eingeführt ist. Die Gründe hierfür sollen nach Behandlung der einzelnen Kreise näher erörtert werden.

Oberbayern.

Die Schulzahnpflege wird vom Schulzahnarzt durchgeführt:

in 8 Gemeinden des Bezirkes Traunstein,
„ 2 „ „ „ Aibling,
„ 1 „ „ „ Mühldorf.

In den übrigen Gemeinden der Bezirke Traunstein und Mühldorf und im ganzen Bezirk Berchtesgaden obliegt die Schulzahnpflege den Schulärzten. Im Bezirk Traunstein ist auch die Zahnbehandlung sichergestellt. Die Krankenkassen und die Orts- und Bezirksfürsorgeverbände übernehmen zum größten Teil die Kosten. In den übrigen Bezirken dagegen ist für die Finanzierung und damit zugleich auch für die Zahnbehandlung kaum gesorgt. Im Bezirk Ingolstadt fehlt überhaupt jede Schulzahnpflege.

Niederbayern.

Die Schulzahnpflege in Niederbayern steht äußerst ungünstig. Nur die Stadt Landshut hat eine planmäßige Schulzahnpflege eingeführt. Die praktischen Zahnärzte führen im Auftrage des Gesundheitsamtes die Untersuchung und Beratung der Schulkinder in den Schulen durch. Da die Krankenkassen und das Wohlfahrtsamt einen großen Teil der Kosten übernehmen, und da eine wiederholte Kontrolle der behandlungsbedürftigen Kinder stattfindet, ist auf diese Weise auch die Behandlung sichergestellt.

Im Bezirk Deggendorf wird nur in der Stadt Deggendorf gelegentlich auf die Notwendigkeit einer Zahnbehandlung hingewiesen. Neben den Krankenkassen trägt auch hier das Wohlfahrtsamt zum größten Teil die Behandlungskosten. Im übrigen fehlt im ganzen Bezirk wie auch im Bezirk Grafenau jegliche Zahnuntersuchung der Schulkinder. Nachdem die Stadt Passau 1931 die Schulzahnpflege aufgehoben hat, besteht auch im ganzen Bezirk Passau keine Schulzahnpflege. Für 4 Bezirksämter der bayrischen Ostmark nördlich der Donau soll — laut Mitteilung der Regierung — eine motorisierte Zahnklinik eingerichtet werden.

Oberpfalz.

In den Bezirken Amberg und Roding hat eine Schulzahnpflege nur in Amberg und Roding bestanden, die aber bereits wieder aufgehoben ist. Für Zahnuntersuchung und -Behandlung ist nicht im geringsten gesorgt.

Die Bezirke Roding, Cham und Waldmünchen verfügen nicht einmal über einen Schularzt. Es sollen zunächst, nach Mitteilung des zuständigen Bezirksarztes, in den Bezirksämtern Cham und Waldmünchen Schulärzte aufgestellt werden, in den Städten auch

Schulzahnärzte. Dies soll noch im Laufe des Jahres geschehen. In den früheren Jahren ist in dieser Richtung dort nichts geschehen.

Im Bezirk Tirschenreuth werden in Tirschenreuth selbst und in Waldsassen die Schulkinder von der Schule aus durch Zahnärzte untersucht. Für Behandlung sorgt die Schule nicht. Die Kinder haben von den Kassen durch Familienhilfe freie Behandlung durch die Zahnärzte.

In den Bekirken Eulenbach, Kemnath, Schwandorf, Sulzbach und Rosenberg machen die Schulärzte gleichzeitig die Zahnuntersuchung. Die Schule schickt dann die Kinder zum Zahnarzt bzw. Techniker. Teils, und das besonders in Sulzbach und Rosenberg, sorgt der Schularzt für die Behandlung der erkrankten Zähne. Die Kassen tragen zum Teil die Kosten.

Im Bezirk Burglangenfeld finden überhaupt keine Zahnuntersuchungen der Schulkinder statt, ebenso nicht in den Bezirken Beilengries und Riedenburg, für die allerdings in allernächster Zeit eine Regelung zu erwarten ist.

Oberfranken.

Im Bezirk Stadtsteinach ist in Stadtsteinach ein Schulzahnarzt. Die Behandlung ist jedoch freigestellt. Außerdem werden die Schulkinder der Gemeinde Reichenbach alljährlich kostenfrei untersucht, allerdings nur von einem Zahntechniker.

Im Bezirk Forchheim ist in der Stadt Forchheim ein Schulzahnarzt. Drei Zahnärzte und ein Zahntechniker sorgen für die Behandlung, deren Kosten die Stadt und die Krankenkasse tragen. In den übrigen Gemeinden fehlt jegliche Schulzahnpflege.

Im Bezirk Pegnitz betreiben zwei Zahntechniker für geringe Entschädigung in zwei Gemeinden eine Art Schulzahnpflege. Bis auf die gesetzliche Familienhilfe wird aber weder von den Gemeinden noch von den Kassen Unterstützung gewährt.

In den übrigen Gemeinden beschränkt sich, — wie in fast allen Bezirken, — die Schulzahnpflege auf Untersuchung und Beratung und vielleicht noch auf Ueberweisung durch den Schularzt an den Zahnarzt.

Im ganzen Bezirk Koburg findet lediglich Beratung durch den Schularzt statt, nachdem die Zahnklinik mit angeschlossener Schulzahnklinik aufgehoben ist. Ebenso ist im ganzen Bezirk Ebermannstadt die Schulzahnpflege und -Behandlung Privatangelegenheit. Bis zum Jahre 1929 wurde allerdings im ganzen Bezirk Schulzahnpflege betrieben, und zwar auf Grund eines Vertrages, wiederum mit Zahntechnikern, da Zahnärzte dort nicht

ansässig sind. Sie wurde jedoch mit dem Schularztsystem wegen fehlender Geldmittel aufgehoben.

Auch die Bezirke Lichtenfels und Hasselstein haben nicht die geringste Schulzahnpflege, nicht einmal Zahnuntersuchung oder Beratung durch den Schularzt. Privatbehandlung kommt weniger in Frage, da Kassen und Gemeinden kaum Zuschüsse gewähren. Der Bezirk Lichtenfels hatte bis etwa 1931 in Lichtenfels selbst und in Burgkunstadt Schulzahnpflege, die wiederum der Kosten wegen aufgehoben wurde.

Im Bezirk Kronach findet Untersuchung und Beratung durch den Schularzt statt und nötigenfalls Mitteilung der Lehrer an die Eltern. Die Kosten der Behandlung werden von Kassen bei Familienmitgliedern der Versicherten getragen, allerdings in ganz beschränktem Maße. Die Gemeinden steuern nichts zu den Kosten bei.

In Bamberg-Stadt nimmt der Stadtschularzt auch die Zahnuntersuchungen vor und überweist die zahnkranken Schulkinder an die Zahnärzte. Die Kosten der Behandlung werden durch die Krankenkassen und durch die Stadt sichergestellt. Im Bezirk Bamberg wurden lediglich bis 1930 gelegentlich der schulärztlichen Untersuchung auch Erhebungen über Zahnkranke gemacht. Für Behandlung wurde nicht gesorgt. Kassen und Gemeinden gaben keine Zuschüsse. Mit der neuerlichen Einführung der schulzahnärztlichen Untersuchung in nächster Zeit ist allerdings zu rechnen.

Im Bezirk Bayreuth finden kaum Zahnuntersuchungen statt. Die Zahnärzte des Bezirkes sollen neuerdings die Untersuchungen unentgeltlich vornehmen. Auch die Behandlungskosten können, vielleicht mit Ausnahme der Stadt Bayreuth, die Gemeinden nicht aufbringen. So bleibt es hier in der Schulzahnpflege nur bei kleinen Ansätzen.

Im Bezirk Neustadt Koburg werden bei der Schularztuntersuchung auch die Zähne der Kinder untersucht. Das Ergebnis wird den Eltern mitgeteilt. In Münchberg wurden bislang die Kinder ebenfalls nur durch den Schularzt untersucht. Zurzeit aber werden Untersuchungen durch die Zahnärzte vorgenommen. Die Kosten trägt die Krankenkasse, soweit sie verpflichtet ist.

Im Bezirk Naila wird für Schulzahnpflege nichts getan.

Unterfranken.

Gut ausgebaut ist die Schulzahnpflege in Schweinfurth-Stadt. In Schweinfurth führt ein Schulzahnarzt in Verbindung mit vier Zahnärzten, welchen vertraglich die schulzahnärztliche

Tätigkeit übertragen ist, die Schulzahnpflege durch. Nach dem sogenannten Sanierungssystem werden die Kinder untersucht und zugleich behandelt, „saniert". 75 % der Schulkinder werden so der zahnärztlichen Untersuchung und Behandlung zugeführt. Auch die Kostenfrage ist verhältnismäßig gut gelöst. Entweder trägt die Krankenkasse die Kosten, wenn es sich um Kinder der Kassenangehörigen handelt, oder es werden von der Stadt Zuschüsse für die Behandlung geleistet.

Im Landbezirk Schweinfurth führt der Schularzt auch die Schulzahnpflege durch, bis auf die Gemeinde Werneck, in der ein Dentist schulzahnpflegerisch tätig ist. Behandlung und ihre Finanzierung sind bis auf ganz geringe Beiträge der Kassen nicht sichergestellt.

In Bad Kissingen, Bezirk Kissingen, wurden die Schulkinder durch die Zahnärzte etwa alle 2 Jahre untersucht und beraten auf Kosten der Stadt, die pro Schulkind 0,50 RM. bezahlte. Die letzte dieser Untersuchungen fand 1930 statt. Später wurden die Kinder wieder einmal untersucht, aber ehrenamtlich, da die Stadt die Kosten nicht mehr übernahm.

Im Landbezirk Kissingen wurden vom Bezirksarzt in den Jahren 1929—1933/34 in sämtlichen Volkshauptschulen die Kinder der jeweils 1., 4. und 7. Klasse untersucht und zahnärztlich beraten. Zahnärztliche Behandlung war in den Jahren dieser Untersuchungen niemals gewährleistet, soweit nicht die Krankenkassen in Anspruch genommen werden konnten.

Bezirk Würzburg hat nur Schulzahnpflege vom Schularzt. Nach den Untersuchungen erhalten die Kinder schriftliche Ueberweisung bei freier Zahnarztwahl. Die Kosten tragen Krankenkasse, Wohlfahrtsamt und Fürsorge.

Bezirk Kitzingen a. M. hat nur noch in einer Gemeinde einen Schularzt, der dort auch die Zähne der Kinder untersucht. Die Stadt Kitzingen selbst hat einen Schulzahnarzt, der allerdings nur untersucht, nicht behandelt. Anderweitig ist für eine Behandlung nicht im geringsten gesorgt. Kassen und Gemeinden übernehmen keine Kosten.

Im Bezirk Aschaffenburg machen nur die Schulärzte in der Stadt Aschaffenburg selbst Erhebungen über Zahnerkrankungen der Schulkinder und tragen auch Sorge für die Behandlung durch Zahnärzte. Krankenkassen und Wohlfahrtsamt tragen die Kosten. Im Landbezirk Aschaffenburg fehlt jegliche Zahnuntersuchung.

Im Bezirk Mettrichstadt wurde in den Rhöngemeinden

Schulzahnpflege mit fahrbarer Zahnklinik durchgeführt. Der Erfolg war durchaus gut.

Mittelfranken.

Die Untersuchungen über den Stand der Schulzahnpflege in Mittelfranken zeigen ein wenig erfreuliches Bild, nur mit Ausnahme der Stadt Nürnberg. Nürnberg hat eine Schulzahnklinik mit 3 hauptamtlichen Schulzahnärzten. Da die Stadt Hauptkostenträger ist und außerdem die Kassen Zuschüsse gewähren, ist auch die Behandlung der Schulkinder sichergestellt. Die Stadt Nürnberg allein wandte in einem Jahre 44 631.— RM. für die Schulzahnklinik auf. Die Versicherungsträger leisteten dazu noch einen Zuschuß von zusammen 6 500.— RM. Der Landbezirk Nürnberg ist kaum versorgt.

Im Bezirk Erlangen besteht in der Stadt Erlangen eine Schulzahnklinik. Der übrige Bezirk hat kaum Schulzahnpflege.

Im Bezirk Dinkelsbühl wird ebenfalls keine Schulzahnpflege betrieben.

In allen Gemeinden des Bezirkes Ansbach wird die Schulzahnpflege nur vom Schularzt durchgeführt. Die Kosten und damit die Behandlung sind in keiner Weise sichergestellt.

Im ganzen Bezirk Eichstädt ist jegliche Zahnuntersuchung und -Behandlung restlos Privatangelegenheit. Gemeinden und Kassen gewähren keine Kostenzuschüsse.

Schwaben.

Ein günstigeres Bild zeigen die Untersuchungen über den Stand der Schulzahnpflege in Schwaben.

Bezirk Augsburg-Stadt hat eine Schulzahnklinik, in der die Kinder unentgeltlich untersucht und saniert werden. Die Kosten werden durch die Stadt im Benehmen mit den Kassen und Versicherungsträgern sichergestellt.

Im Landbezirk Augsburg erfahren die Kinder zahnärztliche Begutachtung durch den Schularzt. Zwei Gemeinden haben einen Schularzt. Für die Kosten treten im allgemeinen die Kassen und verschiedentlich auch die Gemeinden ein.

Der Bezirk Donauwörth hat vor Jahren Versuche einer planmäßigen Schulzahnpflege und Sanierung angestellt, die aber teils an der wirtschaftlichen Lage, teils an der mangelhaften Unterstützung seitens der Lehrerschaft scheiterten. In der Stadt Donauwörth und in einer Gemeinde wird noch Schulzahnpflege betrieben, ausgeführt von einem Schulzahnarzt. In den übrigen Gemeinden werden die Kinder von den Schulärzten den Zahnärzten

überwiesen. Die Krankenkassen tragen die Kosten nur im Rahmen ihrer Pflichtleistungen. Die Fürsorgeämter leisten nur in wenigen Fällen Zuschüsse.

Bezirk Sonthofen hat in seinen Gemeinden nur Schulärzte, bis auf 2 Gemeinden, die auch über Schulzahnärzte verfügen. Auf Antrag hin wird in diesen Gemeinden auch in notwendigen Fällen Behandlung durchgeführt, deren Kosten einerseits durch die Krankenkassen und bei Bedürftigen auch durch Bezirkszuschüsse gedeckt werden.

In der Stadt Nördlingen, Bezirk Nördlingen, finden jährlich Untersuchungen der 1., 3. und 7. Klasse durch einen Zahnarzt statt. Behandlung ist jedoch freigestellt. Im übrigen Bezirk werden Zahnuntersuchungen nur in den 1. und 7. Jahrgängen gelegentlich der schulärztlichen Untersuchung durchgeführt.

Im Bezirk Schwabmünchen bleibt sie in allen Gemeinden dem Schularzt überlassen.

Im Bezirk Dillingen finden überhaupt keine Zahnuntersuchungen statt. Weder Kassen noch Gemeinden tragen irgendwelche Behandlungskosten.

Bezirk Kaufbeuren hat in der Stadt Kaufbeuren einen Schulzahnarzt. Für Sanierung ist hinreichend gesorgt. Kostenträger sind die Krankenkassen und die Fürsorge.

Stadt- und Landbezirk Lindau wird nur durch Schulärzte soweit wie möglich zahnpflegerisch versorgt.

Im Bezirk Allertissen sind in 8 Gemeinden, in Au, Bellenberg, Bergenstetten, Herrenstetten, Jederheim, Unterrodt und Vöhringen Schulzahnärzte. Die übrigen Gemeinden versorgt der Schularzt. Für die Behandlung und Sanierung (in freier Praxis) wird genügend Sorge getragen. Neben den Krankenkassen haben die betreffenden Gemeinden einen Anteil an den entstehenden Kosten übernommen.

Rheinpfalz.

Der Bezirk Ludwigshafen hat in der Stadt Ludwigshafen Schulzahnpflege eingeführt, allerdings nur in beschränktem Maße. Die Behandlung und Sanierung erfolgt in freier Praxis. Die Stadt gewährt für diese Behandlung einen jährlichen Zuschuß von 6 000.— RM. Für Wohlfahrtsempfänger trägt sie die Kosten ganz. Die jährlichen Gesamtkosten, die die Stadt für diese Zwecke aufwendet, betragen 14—15 000 RM. Dann war im Bezirk Ludwigshafen eine Schulzahnpflege als Einrichtung des Bezirks ins Leben gerufen, die aber vor zwei Jahren wegen Mangels an Mitteln wieder eingegangen ist. Dem Landbezirk Speyer steht

ein Schulzahnarzt zur Verfügung, der die zahnkranken Kinder den Zahnärzten überweist. Die Zahnärzte sanieren das Gebiß der Kinder teils unentgeltlich, teils auf Kosten der Kassen und der Fürsorge. Für die Stadt Speyer bestand eine Schulzahnklinik, die jedoch wieder aufgehoben ist.

Im Bezirk Pirmasens besteht nur in Rodalben Schulzahnpflege. Ein Zahntechniker untersucht die Schulkinder und, soweit möglich, saniert er auch deren Gebiß. Die Kosten trägt die Gemeinde. In Pirmasens finden die Untersuchungen durch einen Schularzt statt. Die Kosten für etwaige Behandlung übernimmt, allerdings nur bei Minderbemittelten, die Ortskrankenkasse, zum Teil das Wohlfahrtsamt.

In den Bezirken Kaiserslautern und Landstuhl überweisen die Schulärzte die zahnkranken Kinder an die Zahnärzte. Weiter wird für die Behandlung und Sanierung keine Sorge getragen.

In den Bezirken Landau und Rockenhausen fehlen selbst die Zahnuntersuchungen durch die Schulärzte.

Leistungen der Schulzahnkliniken (soweit sie festzustellen waren).

Die Schulzahnklinik der Stadt Augsburg vertreibt zunächst ein Merkblatt, das über die Notwendigkeit der Zahnpflege und der Zahnbehandlung schon in frühester Jugend und über die Art der Zahnpflege und -Behandlung aufklärt. Auf diese Weise — man kann hier einmal sagen: durch diese Propaganda — wurden im Zusammenhang mit den nötigen Anweisungen in den Schulen große Erfolge erzielt. Bei den Untersuchungen der ersten und achten Klasse trat die Notwendigkeit der schulzahnärztlichen Untersuchung und der Behandlung in erschreckendem Maße zutage. So waren z. B. in der achten Klasse unter 1 536 Kindern nur 15 Kinder zahngesund, in der ersten Klasse unter 2 317 Kindern nur 9.

Die Schulzahnklinik der Stadt Nürnberg macht durch Mitteilung an die Eltern auf die Möglichkeit aufmerksam, die Kinder völlig unentgeltlich in der Klinik untersuchen und behandeln zu lassen. Die Schulbehörde macht in dieser Hinsicht ebenfalls ihren Einfluß geltend. Die Kinder werden klassenweise in der Schulzahnklinik untersucht. Die behandlungsbedürftigen Kinder werden dann der betreffenden Lehrperson bekanntgegeben, zu einer bestimmten Zeit von einer Helferin der Schulzahnklinik abgeholt und geschlossen zur Behandlung in die Klinik geführt sowie nach der Behandlung zur Schule zurückgeführt. Die Stadt gewährt diesen Schulkindergruppen, die zur Klinik geführt werden, noch freie Fahrt auf der Straßenbahn. So versucht die Stadt Nürnberg

bei großer Propaganda, gut durchgeführter Organisation und größtem Entgegenkommen in jeder Beziehung, die Schulkinder planmäßig zu untersuchen und vor allen Dingen auch zu sanieren. Nachstehende Tabelle zeigt die Leistungen der Schulzahnkliniken von Augsburg und Nürnberg im Schuljahr 1932/33.

Siehe Tabelle VI.

Zu Tabelle VI. In den Kliniken werden die Schulkinder jährlich einmal untersucht. Das größte Gewicht wird mit Recht auf den ersten Jahrgang, die Lernanfänger, gelegt. Bei diesen lassen sich noch leichte Schäden schnell beheben und bei genügender Beobachtung gesunde, widerstandsfähige Gebisse erzielen. Zu den in der Tabelle VI angegebenen Leistungen erfolgen im Rahmen der Sanierung und Behandlung natürlich auch noch Arbeiten wie Regulierungen, Operationen, Röntgenaufnahmen u. ä.

An diesen Beispielen von den Leistungen der Schulzahn-

Tabelle VI.

		Nürnberg	Augsburg
Hauptamtliches Personal	Zahnärzte	3	1
	Schwestern oder Helferinnen	3	1
	sonstiges Personal	1	—
Untersuchungen	untersucht werden Jahrgang	1	1. u. 8.
	Gesamtzahl der Schulkinder im Bezirk	39 631	19 305
	davon planmäßig untersucht	5 095	3 853
Behandlungen	Zahl der behandelten Kinder	10 266	6 200
	saniert	4 049	—
	poliklinisch behandelt	5 828	6 200
Leistungen	Füllungen an Milchzähnen	311	—
	Füllungen an bleibenden Zähnen	10 016	1 538
	Extraction von bleibenden Zähnen	3 369	1 621

kliniken sieht man, wie sehr eine umfassende, planmäßige Schulzahnpflege erforderlich ist und wie gut sie sich auswirken kann. In Bayern ist ihr Stand oft so ungünstig, daß in manchen Kreisen von Schulzahnpflege kaum noch die Rede sein kann. Die Karte enthält schematisch den Stand der Schulzahnpflege in den einzelnen Kreisen Bayerns. Schon der erste Blick darauf zeigt, daß die Zahnpflege stellenweise recht gut durchgeführt, anderorts wieder garnicht aufzufinden ist. Einige Bezirke sind mit Schulzahnärzten reichlich versorgt. Andere haben eine Schulzahnpflege nur vom Schularzt, die natürlich nicht ausreicht, da es sich mit ganz wenig Ausnahmen doch nur um Untersuchungen gelegentlich der schulärztlichen Ganzuntersuchung handelt. Behandlung oder Sanierung ist dann nicht gewährleistet, ganz sicher nicht, wenn weder Gemeinden noch Kassen für die Kosten aufkommen. Auch das kommt leider allzu häufig vor. Oft sind die Gründe aber auch darin zu suchen, daß die Schulärzte teils aus Zeitmangel, teils aus Interessenlosigkeit oder Unkenntnis nicht genügend auf die Zahnpflege achten und die zahnärztliche Versorgung nicht zu ersetzen suchen. Gänzlich unverständlich, aber leider tatsächlich ist, daß die Schulzahnpflege hin und wieder an der Interessenlosigkeit der Lehrpersonen scheitern muß oder deswegen nur mangelhaft ausgebaut ist. Die Finanzierung der Schulzahnpflege ist meistens geregelt, indem Gemeinden und Kassen, evtl. Fürsorgeverbände, sich bereiterklären, die notwendigen Kosten zu tragen oder wenigstens Zuschüsse zu leisten. Stellenweise aber lehnen es die Kassen ab, die Schulzahnpflege finanziell zu unterstützen. Der wenig erfreuliche Stand der Schulzahnpflege in Bayern ist umso mehr zu bedauern, als bei gutem Willen und genügendem Einsatz aller dafür in Frage kommenden Stellen bedeutend mehr erreicht werden könnte. Oft fehlt die Einsicht, was Anlaß zu umfassenden Aufklärungsfeldzügen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Schulzahnpflege sein muß.

K l i n i k e n. Nach den im Laufe des Berichtes über den Stand der Schulzahnpflege erwähnten Schulzahnkliniken müssen noch die Zahnkliniken der Krankenkassen und die der zahnärztlichen Institute genannt werden. Krankenkassenkliniken befinden sich in Ansbach, Coburg, Kaiserslautern, München, Nürnberg, Rosenheim, Schweinfurt, Speyer und Traunstein. Ueber die Krankenkassenkliniken sind leider keine statistischen Angaben eingegangen.

Nun soll noch eingegangen werden auf die Leistungen der Schulzahnkliniken der Universitäten in Erlangen und Würzburg. Aus Tabelle VII ist zu ersehen, welcher Art die Leistungen der Institute sind, wieviel Patienten behandelt werden, wer der Ko-

stenträger ist und wieviel Personal zur Verfügung steht.

Die Schulzahnklinik der Universität Würzburg wurde 1912 eröffnet. Die Zahl der behandelten Patienten betrug im Jahre 1931: 11 555 und im Jahre 1932: 9 748. In den Jahren 1931/32 wurden 21 668 leicht erkrankte Zähne gefüllt und 6 650 pulpakranke. 8 568 Zähne wurden extrahiert und 4 590 prothetische Behandlungen sowie 80 Regulierungen durchgeführt.

Die Behandlungskosten sind sehr gering und werden von den Patienten, soweit sie nicht versichert sind, selbst getragen. Bei Minderbemittelten übernimmt die Stadt bzw. das Wohlfahrtsamt die Kosten. Für die Behandlung sorgen 10 hauptamtlich und 16 nebenamtlich angestellte Assistenten und die Studierenden der Zahnheilkunde. An Hilfspersonal, wie Schwestern, Helferinnen, Büroangestellten, standen 29 zur Verfügung. 5 Techniker, davon 2 hauptamtlich und 3 nebenamtlich angestellt, waren mit der Ausführung der technischen Arbeiten betraut.

Nie Angaben für Erlangen sind auf Grund der eingegangenen Unterlagen leider nur lückenhaft zu machen.

Behandelt wurden im Jahre 1931: 170 und 1932: 220 Patienten. 20 Regulierungen wurden vorgenommen und 474 phrothetische Behandlungen. Die Kostenfrage regelt sich ebenso wie in Würzburg.

Die Landesversicherungsanstalten.

An der öffentlichen Zahnfürsorge in Bayern beteiligen sich außer den reichsgesetzlichen Krankenkassen auch die Landesversicherungsanstalten Oberfranken-Mittelfranken, Unterfranken, Pfalz, Niederbayern-Oberpfalz und die Landesversicherungsanstalt Oberbayern.

Die Landesversicherungsanstalt Oberfranken-Mittelfranken beteiligt sich an der Zahnfürsorge durch Gewährung von Zuschüssen bei künstlichem Zahnersatz.

Es wurden an Zuschüssen gegeben

im Jahre	1930	an 9 667	Versicherte	173 859.— RM
„ „	1931	„ 4 855	„	80 454.— RM
„ „	1932	„ 9	„	789.— RM

Wie man sieht, wurde Ende des Jahres 1931 die Zuschußgewährung fast ganz eingestellt, und zwar aus finanziellen Gründen. Erst im Jahre 1933 konnte sie in größerem Umfange wieder aufgenommen werden.

Bis zum Jahre 1931 wurden von der Landesversicherungsanstalt Oberfranken-Mittelfranken auch Zuwendungen zur Schulzahnsflege geleistet.

Die Landesversicherungsanstalt Unterfranken führt Zahnheilverfahren dann durch, wenn durch Zahnmangel eine Erkrankung zu befürchten ist, die eine Invalidität herbeiführen könnte oder eine solche bereits herbeigeführt hat und durch dieses Heilverfahren die Invalidität verhütet oder beseitigt werden kann. In solchen Fällen werden Zuschüsse zu den Zahnersatzkosten gewährt.

An der Schulzahnpflege hat sich die Landesversicherungsanstalt Unterfranken bis auf einen Fall im Jahre 1931 durch einen Zuschuß von 400.— RM. nicht beteiligt.

Auch die Landesversicherungsanstalt Pfalz konnte sich bis zum Jahre 1931 allgemein an der Zahnfürsorge beteiligen durch Zuschüsse zu den Kosten künstlichen Zahnersatzes. Seit 1931 war eine Beteiligung nur noch möglich, wenn der Zahnersatz während eines Heilverfahrens oder einer Kur unbedingt notwendig war; er ist dann ein Teil des Heilverfahrens.

Es wurden an Zuschüssen gegeben

im Jahre	1930	an	2 679	Versicherte	79 962 RM
„ „	1931	„	1 329	„	29 180 RM
„ „	1932	„	4	„	180 RM

Anteil an der Schulzahnpflege in der Pfalz nimmt die Landesversicherungsanstalt durch Gewährung von jährlichen, einmaligen Beihilfen.

Die Landesversicherungsanstalt Niederbayern-Oberpfalz bewilligt nur zur Beseitigung eines nachweisbaren Magenleidens, welches den Eintritt der Invalidität befürchten läßt, Zuschüsse und Beihilfen.

Es wurden an Zuschüssen gewährt

im Jahre	1930	an	3 324	Versicherte	56 906 RM
„ „	1931	„	2 312	„	40 865 RM
„ „	1932	„	20	„	536 RM

An der Schulzahnpflege hat sich die Landesversicherungsanstalt Niederbayern-Oberpfalz durch Jahresbeiträge beteiligt und zwar erhielt das deutsche Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen

im Jahre	1930:	120.— RM
„ „	1931:	120.— RM
„ „	1932:	70.— RM

Der Stadtrat Regensburg erhielt

im Jahre	1930:	1 000.— RM
„ „	1931:	500.— RM
„ „	1932:	500.— RM

Die Landesversicherungsanstalt Oberbayern bewilligt Beihilfen zur Beschaffung von Zahnersatz dann, wenn durch den Zahnersatz die Erwerbsfähigkeit erhalten oder wiederhergestellt wird, insbesondere, wenn die Kaufähigkeit so erheblich beeinträchtigt ist, daß dadurch ernstliche Erkrankungen des Magens usw. hervorgerufen werden. Die erhebliche Beeinträchtigung der Kaufähigkeit wird im allgemeinen angenommen, wenn zusammen mindestens 12 Zähne fehlen.

Es wurden folgende Zuschüsse gegeben

im Jahre	1930	an 5 954	Versicherte	103 626.— RM
„ „	1931	„ 6 535	„	100 985.— RM
„ „	1932	„ 924	„	12 922.— RM

An der Schulzahnpflege beteiligt sich die Landesversicherungsanstalt durch Pauschalbeiträge.

Tabelle VII.

			Erlangen	Würzburg
Wann eröffnet?			—	26. 3. 1912
Zahnärztlich behandelt Patienten		1931	170	11 555
		1932	220	9 748
Zahlung der Behandlungskosten durch		Patienten	ja	ja
		Krankenkassen	ja	ja
		Stadt	—	ja
Im Jahre 1931/32 Leistungen an:		Füllungen	—	21 668
		Wurzelfüllungen	—	6 650
		Extractionen	—	8 568
		Regulierungsarbeiten	20	80
		prothet. Behandlung	474	4 590
Haupt- und Hilfspersonal	Zahnärzte	hauptamtl.	—	10 Assist.
		nebenamtl.	—	16 „
	Techniker	hauptamtl.	—	2
		nebenamtl.	—	3
	sonstiges Personal		—	29

Übersichtskarte zum Stand der Schulzahnpflege in Bayern.

Zusammenfassung.

Der Zahnheilkunde wird in neuester Zeit große Bedeutung beigemessen, da eingehende Studien und Untersuchungen erwiesen haben, daß der Organismus des menschlichen Körpers allzu oft bei Erkrankungen des Mundes und des Zahnsystems schwer in Mitleidenschaft gezogen wird.

Die Zahl der Zahnbehandler in Bayern ist von 1914 bis 1932 bedeutend gestiegen, allerdings ist die Zahl der Zahntechniker immer noch größer als die der Zahnärzte.

Als Fortschritt ist hervorzuheben, daß gerade die kleinsten Ortschaften ebenso wie die großen Städte auch heute zahnpflegerisch gut versorgt sind.

Die Zahnfürsorge will nicht nur die schon vorhandenen Schäden ausbessern, sondern um Schäden größeren Umfanges überhaupt zu verhüten, vorbeugend arbeiten. Und da ist die zahnfürsorgerische Erfassung des Kindes durch die Schulzahnpflege von größter Wichtigkeit. Erfreulicherweise hat diese in den letzten Jahren einen guten Aufschwung genommen. Durchgeführt wird die Schulzahnpflege nach verschiedenen Systemen, von denen das Bonner System die größte Anerkennung und weiteste Verbreitung gefunden hat.

Größere Schulzahnkliniken befinden sich in Nürnberg und Augsburg und an den Universitätszahnkliniken in Erlangen und Würzburg. In den übrigen Bezirken wird die Schulzahnpflege entweder von einem beamteten Schulzahnarzt durchgeführt oder von den Schulärzten. Für die Zahnpflege der Erwachsenen wird in der Weise gesorgt, daß die Krankenkassen entweder eigene Kliniken geschaffen haben, in denen ihre Mitglieder behandelt werden, oder sie überweisen sie an Zahnärzte oder Techniker, die zur Behandlung ihrer Mitglieder zugelassen sind. Krankenkassenkliniken sind in Ansbach, Coburg, Kaiserslautern, München, Nürnberg, Rosenheim, Schweinfurt, Speyer und Traunstein.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. K. W. Jötten für die gütige Ueberlassung des Themas meinen herzlichsten Dank auszusprechen. Zugleich möchte ich mir erlauben, auch Herrn Privatdozent Dr. med. hab. Reploh, der mich bei der Ausführung der Arbeit in liebenswürdiger Weise unterstützte, verbindlichst zu danken.

Lebenslauf.

Alfred Rudolph, geb. am 9. 11. 08 als Sohn des Amtsoberinspektors Alfred Rudolph zu Datteln, machte Ostern 1929 am Gymnasium Paulinum in Münster i. Westf. sein Maturum. Er widmete sich vom SS. 1929 bis zum SS. 1930 dem Studium der Zahnheilkunde an der Universität Münster i. Westf., wo er das Physikum bestand. An derselben Universität absolvierte er dann am 16. 12. 1932 das zahnärztliche Staatsexamen mit dem Prädikat „Sehr gut". Nach dem Staatsexamen war er zunächst als Vertreter und dann in eigener Praxis tätig.

Literatur-Verzeichnis.

Bejach, H. E.: Adreßkalender für Zahnärzte 1922, Berlinische Verlagsanstalt, Berlin 1922.

Bejach, H. E.: Adreßkalender für Zahnärzte 1927/28, Berlinische Verlagsanstalt, Berlin 1927/28.

Bejach, H. E.: Deutsches Zahnärztebuch 1932/33, Berlinische Verlagsanstalt, Berlin 1932/33.

Mahner, Ernst: Eigenbetriebe der Krankenkassen, 1. Teil: Zahnkliniken, Verlag für Wirtschaft und Verwaltungen, Berlin 1930.

Möllmann, Ernst: Die zahnärztliche Versorgung der Provinz Westfalen unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen der öffentlichen Fürsorge. Diss. Hygienisches Institut Münster 1932.

Müller, Rudolf: Die Schulzahnpflege, Lehrbuch der Gesundheitsfürsorge. Herausgeg. von Dr med. K. W. Jötten und Dr. Dr. H. Weber. Verlag von Reimar Hobbing, Berlin 1932. S. 114—123.

Nau, Karl: Die zahnärztliche Versorgung der Provinz Sachsen unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen der öffentlichen Fürsorge. Diss. Hygienisches Institut, Münster 1933.

Nonhoff, Bernd: Die zahnärztliche Versorgung der Provinzen Ostpreußen, Grenzmark Posen-Westpreußen, der freien Reichsstadt Danzig und des Memellandes unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen der öffentlichen Fürsorge. Diss. Hygienisches Institut, Münster 1934.

Ruin, Karl: Die zahnärztliche Versorgung dr Rheinprovinz unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen der öffentlichen Fürsorge. Diss. Hygienisches Institut der Universität Münster 1933.

Scherer: Statistik des Deutschen Reiches, Bd. 389. Die Krankenversicherung im Jahre 1929 nebst vorläufigen Ergebnissen für das Jahr 1930, Berlin 1931, Verlag von Reimar Hobbing, Berlin 1931.